

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1949

THESE

N°

870

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Jacques, Gabriel PEZE

Né le 14 Avril 1923, à Beyrouth (République Libanaise)

Présentée et soutenue publiquement le 19..

11 JUL 1949

PSYCHOLOGIE ET TUBERCULOSE

ROLE DE L'ESPRIT
DANS L'ÉCLOSION, L'ÉVOLUTION ET LA GUÉRISON

Président : M. JOANNON, Professeur.

PARIS
IMPRIMERIE R. FOULON
29, RUE DÉPARCIEUX, 29
1949

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Nom du Candidat : PEZE.

Prénoms : Jacques, Gabriel.

Date de soutenance :

Numéro d'ordre :

(Ces deux mentions seront complétées par le Service de la Bibliothèque).

PEZE (Jacques, Gabriel). — Psychologie et tuberculose. Rôle de l'esprit dans l'éclosion, l'évolution et la guérison. — Paris, Imp. R. Foulon, 1949, in-8°, 64 p.

(Thèse Médec. (Etat), Paris 1949, N°).

PEZE (Jacques, Gabriel). — Psychologie et tuberculose. Rôle de l'esprit dans l'éclosion, l'évolution et la guérison. — Paris, Imp. R. Foulon, 1949, in-8°, 64 p.

(Thèse Médec. (Etat), Paris 1949, N°).

PEZE (Jacques, Gabriel). — Psychologie et tuberculose. Rôle de l'esprit dans l'éclosion, l'évolution et la guérison. — Paris, Imp. R. Foulon, 1949, in-8°, 64 p.

(Thèse Médec. (Etat), Paris 1949, N°).

PEZE (Jacques, Gabriel). — Psychologie et tuberculose. Rôle de l'esprit dans l'éclosion, l'évolution et la guérison. — Paris, Imp. R. Foulon, 1949, in-8°, 64 p.

(Thèse Médec. (Etat), Paris 1949, N°).

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1949

THESE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

[DIPLÔME D'ÉTAT]

PAR

Jacques, Gabriel PEZE

Né le 14 Avril 1923, à Beyrouth (République Libanaise)

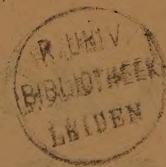
Présentée et soutenue publiquement le 19..

**PSYCHOLOGIE
ET TUBERCULOSE**

**ROLE DE L'ESPRIT
DANS L'ÉCLOSION, L'ÉVOLUTION ET LA GUÉRISON**

Président : M. JOANNON, Professeur.

PARIS
IMPRIMERIE R. FOULON
29, RUE DEPARCIEUX, 29
1949



DOYENS HONORAIRES :

MM. Balthazard, Baudouin

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. Aubertin, Balthazard, Basset, Baudouin, Brindeau, E. Brumpt, Carnot, Chevassu, Chiray, Clerc, Delbet, Guillaïn, Hartmann, Heitz-Boyer, Laignel-Lavastine, Laubry, Lemierre, Lhermitte, Loeper, Marion, Mathieu, Mulon, Ombredanne, Rouvière, Sannié, Sébilleau, Sézary, Tanon.

DOYEN. Léon BINET
Membre de l'Institut

ASSESSEUR Jean VERNE

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie.	OLIVIER (E.)
Anatomie pathologique.	LEROUX (R.)
Assistance Médico-Sociale	N...
Bactériologie	GASTINEL (P.)
Biologie médicale.	VERNE (J.)
Chimie médicale	POLONOVSKI (M.)
Clinique de cardiologie	DONZELOT (E.)
Cliniques chirurgicales	BROCQ (P.)
	CADENAT (F.-M.)
	MONDOR (H.)
	QUENU (J.)
Clinique chirurgicale infantile et d'orthopédie	N...
Clinique chirurgicale orthopédique	MERLE D'AUBIGNE (R.)
Clinique gynécologique	MOCQUOT (P.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT (H.)
Clinique des maladies des enfants	DEBRE (R.)
Clinique des maladies infectieuses	MOLLARET (P.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale	DELAY (J.)
Clinique des maladies du sang	CHEVALLIER (P.)
Clinique des maladies du système nerveux	ALAJOUANINE (T.)
Cliniques médicales	BENARD (H.)
	LAROCHE (G.)
	HARVIER (P.)
	LIAN (C.)
Clinique médicale propédeutique	PASTEUR VALLERY-RADOT (L.)
Clinique de Neuro-chirurgie	PETIT-DUTAILLIS (D.)
Cliniques obstétricales	LANTUEJOUL (P.)
	LEVY-SOLAL (E.)
	PORTES (L.)
	VELTER (E.)
Clinique ophtalmologique	LEMAITRE (F.)
Clinique oto-rhino-laryngologique	
Clinique physio-pathologique des problèmes alimentaires (<i>chaire à titre personnel</i>)	RICHET (C.)
Clinique psychiatrique infantile	HEUYER (C.)
Clinique de puériculture	LELONG (M.)
Clinique stomatologique	DECHAUME (M.)
Clinique thérapeutique chirurgicale	SENEQUE (J.)
Clinique thérapeutique médicale	CHABROL (E.)
Clinique de la Tuberculose	BERNARD (E.)
Clinique urologique	FEY (B.)
Embryologie	GIROUD (A.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BARIETY (M.)
Histologie	CHAMPY (C.)
Hydrologie thérapeutique et climatologie	JUSTIN-BESANÇON (L.)
Hygiène et clinique de la première enfance	CATHALA (J.)
Hygiène et médecine préventive	JOANNON (G.)
Médecine du Travail	DESOILLE (H.)
Médecine légale	PIEDELIEVRE (R.)

	MM.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	GALLIARD (H.)
Pathologie chirurgicale	DE GAUDART D'ALLAINES (F.)
Pathologie exotique	LAVIER (G.)
Pathologie expérimentale et comparée	LEMAIRE (A.)
Pathologie médicale.	MOREAU (R.)
Pathologie et thérapeutique générales	DE GENNES (L.)
Pharmacologie et matière médicale	HAZARD (R.)
Physiologie.	BINET (L.)
Physique médicale	STROHL (A.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)
Rhumatologie.	COSTE (F.)
Technique chirurgicale	MOULONGUET (P.)
Thérapeutique	TURPIN (R.)

PROFESSEURS SANS CHAIRE :

MM. BULLIARD (*Histologie*), CORDIER (*Anatomie*), DOGNON (*Physique médicale*), HALPHEN (O. R. L.), JAYLE M. (*Chimie médicale*),
Mlle J. LEVY (*Pharmacologie*).

II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.	MM.
Anatomie { N... DELMAS. N. et DEBEYRE.	Pathologie chirurgicale. { PADOVANI. PATEL. ROUX. RUDLER. SICARD. N...
Anatomie pathologique { DELARUE Mlle GAUTHIER- VILLARS.	Pathologie expérimentale. MERKLEN.
Bactériologie. { BONNET. FASQUELLE.	{ BROUET. CACHERA. DECOURT. DREYFUS (Gilbert). FAUVERT. GARCIN. HAMBURGER. KOURILSKY. LAMY. LENEGRE. MARCHAL. MAURIC. SOULIE.
Biochimie méd. { ETTORI. SCHAPIRA.	Pathologie médicale . . . { HAMBURGER. KOURILSKY. LAMY. LENEGRE. MARCHAL. MAURIC. SOULIE.
Dermato-syphilligraphie. DEGOS.	Pédiatrie { LAPLANE. MARIE (Julien).
Histologie { COUJARD. DESCLAUX.	Pharmacologie . CHEYMOL.
Hydrologie DEBRAY.	Physiologie . . . { BARGETON. PARROT.
Hygiène { BOYER. DEPARIS.	Physique médicale . . . DJOURNO.
Médecine légale DEROBERT.	Psychiatrie . . . BARUK.
Neuro-chirurgie PUECH.	Thérapeutique
Neurologie . . . DE SEZE.	Agr. ch. d'ens. . BROUET.
{ DIGONNET. MAYER. SUREAU. VARANGOT.	Urologie COUVELAIRE R.
Obstétrique . . . { DIGONNET. MAYER. SUREAU. VARANGOT.	
Ophtalmologie . OFFRET.	
Oto-rhino-laryngologie . AUBIN.	
Parasitologie .. BRUMPT L-G.	
Pathologie chirurgicale. { FEVRE. HUGUIER. LEGER.	

III. — PROFESSEURS HONORAIRES ET AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM. BASSET (*Pathologie chirurgicale*), BRINDEAU (*Obstétrique*),
GATELLIER (*Clinique chirurgicale*), HUGUENIN (*Anatomie pathologique*),
LE LORIER (*Obstétrique*), VAUDESCAL (*Obstétrique*).

IV. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent.

MM.		MM.	
Clinique chirurgicale	{ AMELINE. FUNCK- BRENTANO. MENEGAUX.	Clinique obstétricale	{ ECALLE. LACOMME.
Clinique médicale	{ BOULIN. HAGUENAU. MOUQUIN.	Clinique ophtalmologique	RENARD.

MM.

Secrétaire de la Faculté J. MOREL.
Secrétaire-adjoint Mlle CHAINTREUIL.

Bibliothécaire en Chef .. D^r A HAHN.
Bibliothécaires Miles DUMAITRE, GOICHON, LAURENT.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA FEMME

Dont la collaboration et l'affection m'ont toujours été précieuses.

A LA MEMOIRE DE MON PERE

Professeur au Lycée Français de Beyrouth

Dont la vie m'a révélé la nécessité d'un idéal.

Ce faible témoignage de mon souvenir reconnaissant.

A MA MERE

A MA FAMILLE

A MES AMIS

A NOTRE PRESIDENT DE THESE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR JOANNON

Professeur de la Chaire d'Hygiène

à la Faculté de Médecine de Paris

Officier de la Légion d'Honneur

*Qui nous a fait le grand hon-
neur d'accepter la présidence de
cette thèse.*

Hommages respectueux.

A NOS MAITRES DES HOPITAUX DE GRENOBLE

A NOS MAITRES DES HOPITAUX DE PARIS



INTRODUCTION

L'importance du moral du malade en tuberculose est universellement reconnue. Tous les médecins et tous les malades y voient un facteur déterminant quel que soit le stade, la forme de la maladie et le type du malade. Il est la cause principale déclenchante de la tuberculose dans 52 % des cas selon RISLER. C'est à lui que l'on rapporte toute la maladie lorsqu'on y va chercher l'explication d'une évolution déconcertante ou bien une raison d'espérer ou au contraire d'être réservé envers et contre tous les autres résultats de l'examen clinique.

Ainsi on se préoccupe toujours du moral mais on ne s'en occupe pas assez car c'est au fond toute la psychologie du malade que l'on met dans ce mot, et c'est en faire le tour d'une façon sommaire et inefficace que de dire à un tuberculeux : « Surtout ayez bon moral et puis ne remuez plus toutes ces idées-là, pensez à autre chose. »

Cette psychologie, il faut en tenir compte non pas seulement pour expliquer les faits que l'on constate, mais pour en déduire une thérapeutique individualisée et lui accorder dans le traitement l'importance qu'on lui reconnaît dans la genèse et l'évolution de la tuberculose.

Nous avons suivi dans cette étude un plan correspondant à l'évolution de la maladie. Après quelques généralités, nous envisagerons les rapports entre la psychologie et le début de la tuberculose, puis ceux qui existent avec la période d'état, enfin psychologie et guérison, psychologie et prévention.

GÉNÉRALITÉS

LE PRETUBERCULEUX — LA PRETUBERCULOSE

Ces termes, en faveur autrefois, on hésite à notre époque de scientisme médical, à les employer par crainte de s'entendre dire par exemple : « Que vient faire cette histoire de prétuberculose ? On est tuberculeux ou on ne l'est pas ! »

Or, nous pensons que ce mot « Tuberculose », par lequel on fait passer, à un moment précis, un individu dans la classe des tuberculeux, n'a cette vertu de précision mathématique qu'en apparence et ne correspond pas à la réalité des faits où l'on voit couramment un malade s'acheminer progressivement vers la tuberculose ; et, vouloir, sur un point donné, quel qu'il soit, de ce parcours, planter le poteau « tuberculose » est, à notre avis, proposer un repère, un moyen de classement commode et nécessaire, mais qui n'autorise pas à éliminer catégoriquement une notion dont on ne peut d'ailleurs pas se passer puisqu'on parle maintenant des « patraques » de BURNAND.

En réalité, la tuberculose est plus qu'une maladie, un état dont on ne sait pas où il commence, pas plus qu'on ne se hasarde à affirmer la guérison, et ceci malgré toutes les épreuves scientifiques inventées pour en préciser les limites (Vernes résorcine, haptoglobine, courbes de Mattei, etc..).

Ainsi nous pensons que tout tuberculeux peut être considéré comme ayant passé avant sa tuberculose par une période où, à la question : « est-il tuberculeux ? », on aurait évidemment répondu « non » ; période où, sans être tuberculeux, il était cependant malade parce que portant en lui les « germes » d'ordre organiques ou psychologique de sa tuberculose.

Autrement dit : pendant cette période, tout était déjà en lui, peut-être même le bacille (théorie endogène).

C'est pourquoi, pour ne pas avoir recours au « tuberculinique » des homéopathes, nous utiliserons le terme beaucoup plus restrictif et correspondant mieux à ce que nous envisageons de « prétuberculeux » et de prétuberculose pour désigner tout simplement la *période qui se situe, dans l'histoire de la maladie, avant la tuberculose confirmée*, que le sujet ait ou n'ait pas présenté de troubles physiques apparents.

Quant à savoir s'il faut tracer une limite nette entre la prétuberculose et la tuberculose, nous pensons que c'est là une commodité à laisser à chacun selon sa tournure d'esprit personnelle.



TUBERCULOSE MALADIE DU CORPS OU DE L'ÂME ?

Que ce soit dans les préoccupations du médecin, du malade ou de son entourage ; que ce soit sous la plume des littérateurs, dans les expressions populaires ou les traités de médecine, on retrouve partout l'élément moral lié à la maladie tuberculeuse, mais, alors que l'on dira par exemple : « Son moral est bas, bien sûr, mais c'est la conséquence de la tuberculose et de ses toxines », on dira également : « Son moral restant bas, il finit par

devenir tuberculeux », faisant ici, du moral, l'étiologie principale de la maladie.

Ainsi l'on voit constamment ce facteur moral intervenir sous les formes les plus diverses mais grosso modo et si l'on avait à opérer un classement : tantôt comme cause de la maladie, tantôt comme lui faisant suite et venant d'elle.

Et on arrive à se demander si la tuberculose est en définitive une maladie de l'âme à manifestation organique bacillaire ou bien une maladie organique à retentissement mental, comme on le dit plus couramment parce que la médecine actuelle rapporte plus volontiers le trouble à une lésion mesurable et vérifiable par la radio et l'anatomie pathologique qu'à un dérèglement psychologique, domaine où l'on ne pourra pas espérer jeter des chiffres de laboratoire dans le débat.

Autrement dit, on finit par se poser cette question : *Tuberculose, maladie du corps ou bien de l'âme ?*

Et cette question, il faut y répondre car, poser un diagnostic de tuberculose, c'est rechercher les causes en vue d'un traitement étiologique, et c'est d'elle que dépend le traitement. Car on trouvera des causes physiques et des causes d'ordre psychique et selon ses tendances personnelles on verra dans les unes ou les autres la cause première.

Parmi les thèses nombreuses qui ont été soutenues, on peut distinguer schématiquement deux orientations : celle du sana où l'on reconnaît l'importance du moral mais où on ne traite que le physique (traitement mécanique de la tuberculose : appareil de Küss, section de bride, thoraco, etc...), et celle d'ALLENDY, par exemple, qui nous dit : « Ma conviction est que, si paradoxal que cela puisse paraître aux mauvais cliniciens, la tuberculose doit être regardée comme une maladie psychique et traitée comme telle. »

L'âme et le corps sont intimement liés et réagissent l'un sur l'autre.

A la lumière des faits cliniques, nous ne pouvons nous rallier entièrement à l'une ou l'autre façon de voir l'âme et le corps étant si intimement liés qu'une souffrance de l'un retentit toujours sur l'autre. Et ceci se vérifie couramment depuis l'individu dont les maux d'estomac altèrent le caractère jusqu'à celui que l'anxiété rend dyspeptique. Deux individus qui ont mal à l'estomac, voilà ce que l'on constate ; reste à reconnaître la cause et les effets qui indiquent alors deux traitements : chez le premier traitement du trouble gastrique, chez le second apaisement psychologique. Il est bien évident que l'on ne ferait qu'aggraver les deux malades si, en intervertissant les traitements, on s'acharnait chez le gastrique à lui prescrire le calme et le repos sans penser à modifier un régime hypertoxique, par exemple, ce qui l'amènerait par le manque d'activité à digérer encore moins bien et par le calme à y penser toute la journée ; puis chez le second à ordonner un traitement médicamenteux local qui ne pourrait que nuire au fonctionnement gastrique, étant donné qu'il n'en a pas besoin et ajouter à son anxiété en lui faisant croire qu'il a une maladie d'estomac.

Il s'agit là du traitement logique de ces deux malades pris au début et chez lesquels le traitement de la cause supprimera les effets, mais il n'en est plus ainsi si ces deux malades viennent consulter beaucoup plus tard : lorsque le gastralgique aura modifié profondément son caractère et sera devenu un aigri et lorsque l'anxieux se sera vraiment détraqué l'estomac en s'empêchant de digérer, c'est-à-dire lorsque le trouble fonctionnel du début (qui ne faisait qu'accompagner la lésion digestive ou psychique) sera devenu lésionnel et de ce fait constituera une entité morbide qui subsistera même après

disparition de la cause qui l'a fait naître et, de ce fait, devra être soignée en même temps qu'elle.

Dans cet exemple schématique, deux stades de la maladie : stade de début où il suffit d'y penser pour trouver la cause, stade de complexité où cause initiale et effets sont intriqués, sont devenus autonomes et s'entretiennent mutuellement.

En matière de tuberculose, cet exemple illustre bien notre point de vue, nous retrouvons ces deux stades mais le stade début, déjà plus nuancé, plus riche en éléments de toute sorte, se situe souvent dans la période dite de pré-tuberculose avant le jour mémorable du diagnostic ; si bien que ce que l'on dit être le début de la maladie tuberculeuse correspond déjà au deuxième stade ; c'est en quelque sorte la complication, la résultante du stade précédent, méconnu d'ailleurs bien qu'il représente souvent le moyen d'éclairer le réseau inextricable des causes qui foisonnent alors à l'investigation, au point qu'on se bornera à vérifier la présence des causes classiques (contagion, hérédité, surmenage, sous-alimentation....) sans rechercher la cause première, la cause profonde du mal.

C'est à ce stade de complexité que l'on rassemble les malades sous l'étiquette « tuberculose » en se proposant de leur trouver un maximum de points communs ; c'est à ce moment que le phtisiologue les voit et essaie de faire cadrer avec chacun ce qui a été dit et reconnu valable pour tous ; c'est ici que s'affrontent ceux qui entendent rester fidèles au mot « tuberculose » parce qu'il est au fond le moyen d'envisager en bloc tant de malades si disparates et d'espérer trouver la solution d'ensemble et ceux qui désirent rester cohérents en n'employant que le mot « tuberculeux » bien qu'il dresse le problème de l'individualisation du traitement en face de la diversité des théories qui se sont succédées.

Pour répondre à la question « Tuberculose, maladie de l'âme ou du corps ? », il faut passer sur le plan individuel en s'éclairant d'une meilleure connaissance du pré tuberculeux qui facilitera l'individualisation du traitement.

Prendre parti dans la controverse « tuberculose, maladie du corps ou de l'âme ? », c'est être assuré par avance d'être noyé dans un flot d'arguments aussi valables les uns que les autres.

Se poser la question : « Ce tuberculeux est-il malade de l'esprit ou bien du corps ? », c'est individualiser le problème mais c'est encore risquer de sombrer dans la controverse car on choisira un « vrai tuberculeux », c'est-à-dire un individu modifié, transformé par des années de lacunes, d'incompréhension, de lutte contre lui-même et contre l'entourage et l'on se trouvera devant un problème où il n'y aura plus de données à l'état pur, bourré en revanche d'éléments parasites et surajoutés, si bien qu'en cherchant on trouvera des arguments pour étayer les deux réponses opposées.

Bien que cela paraisse paradoxal il faut donc, pour trouver une issue au débat, partir du pré tuberculeux : « du malade qu'il était avant de devenir un tuberculeux comme les autres », avant que l'étiquette « tuberculose » soit venue jeter son lot d'idées toutes faites et obliger chacun à avoir des idées préconçues.

On pourra alors proposer, sans grand risque d'être contredit, un traitement étiologique qui sera quelquefois en opposition flagrante avec le traitement classique que l'on prescrirait si la découverte d'une lésion pulmonaire décelable faisait brusquement passer notre malade dans la catégorie tuberculose. Et pourtant c'est toujours le même malade qui nous a d'ailleurs fourni le fil conducteur le reliant à lui-même, pour ainsi dire, et nous donnant, si l'on sait la saisir, la clef de son aggravation.

C'est là une observation courante et instructive que ces prétuberculeux à qui l'on applique dès le début un traitement non individualisé (malades que l'on soumet au sana pour mieux les préserver, par exemple) et que l'on voit évoluer vers une tuberculose confirmée en même temps qu'on s'acharne à intensifier une formule thérapeutique qui s'est pourtant avérée inefficace dans la prévention qu'on en attendait.

Il faut donc individualiser le traitement, mais il ne s'agit pas de l'adaptation superficielle d'une formule classique à l'individu que l'on croit avoir devant soi, mais bien de l'*élaboration* d'un traitement étiologique à la lumière de ce qui a été le terme de passage, le mode d'entrée dans la maladie, à la lumière de ce prétuberculeux qui nous éclairera sur les origines et la genèse du trouble se manifestant actuellement au niveau de ses poumons et qui nous permettra de proposer une formule thérapeutique qui aurait pu paraître osée si l'on était parti directement du malade actuel ou, pire, de sa maladie ; formule qu'il ne saurait être question de rejeter en bloc parce que c'est elle qui se serait imposée et qui était valable il y a quelques jours encore, avant l'apparition des signes pulmonaires décelables.

Notre opinion personnelle sur la question « tuberculose maladie de l'âme et du corps » vue dans son ensemble.

Nous venons de voir qu'il n'y a pas lieu dans la question « tuberculose maladie de l'âme ou du corps » de prendre part à ce qui pourrait passer pour une querelle d'école, c'est le malade lui-même qui apporte la réponse, qui impose sa formule.

Néanmoins, s'il fallait donner notre opinion sur cette question générale, nous dirions que, parmi les malades correspondant au *stade de début* (de notre exemple du dyspeptique) on trouvera des tuberculeux d'ori-

gine physique et des tuberculeux d'origine psychique et pour indiquer un chiffre de proportion nous relierons celui de RISLER : 50 %.

Mais au *stade suivant de complexité* qui correspond à la majorité du monde des tuberculeux, s'il y a toujours un côté psychique, une manifestation organique qui accapare l'attention en raison de son évidence, il y a toujours un côté psychologique, une lésion de l'âme dont il faut tenir compte non pas dans la constatation et l'interprétation des faits mais dans la thérapeutique qu'on leur oppose.

Dans cet espèce d'équilibre qui s'établit entre la lésion, les défenses organiques et l'âme de l'individu (équilibre qui a reçu le nom de stabilisation), c'est sur la lésion pulmonaire qu'on centrera son attention alors que c'est l'état psychique qui décidera, en fin de compte, du sens dans lequel se rompra cet équilibre instable et c'est de la lésion psychologique qu'il faut alors s'occuper.

Enfin dans le chapitre du tuberculeux guéri on retrouve à nouveau des formes moins complexes, analogues à celle du début, avec prédominance nette du facteur physique ou du facteur psychique parmi les risques de rechute :

Individu en bon équilibre mental et vivant avec un reliquat lésionnel très important au niveau du poulmon (on trouvera plus facilement des cas semblables parmi les malades qui ne se sont pas soumis à la thérapeutique classique).

Individus (et l'exemple est, ici, banal en raison de la tendance actuelle à traiter la tuberculose comme une maladie organique), individus déclarés guéris, et ils le sont au niveau de leurs poulmons, mais qui gardent une blessure de l'âme qui, seule, peut expliquer certaines

rechutes après restitution *ad integrum* du parenchyme pulmonaire.

Et ceci ouvre des horizons sur l'importante question de la prophylaxie de la rechute, de la surveillance du tuberculeux guéri et de la définition même qu'il faut donner au mot « guérison » en tuberculose.

PSYCHOLOGIE ET ATTITUDES CLASSIQUES DANS LA TUBERCULOSE A SON DÉBUT

LE DIAGNOSTIC ET SES CONSEQUENCES PSYCHOLOGIQUES

On n'est plus, actuellement, d'avis de cacher le diagnostic aux tuberculeux ; mais si c'est là un mal nécessaire, il importe que ce ne soit pas un mal irréparable, ni une catastrophe brisant plus le malade en 48 heures que les mois qui ont précédé et la question se pose donc de savoir comment il faut lui révéler sa maladie.

Il ne s'agit plus, en effet, comme lors d'une pleurite, de « faire peur » au sujet pour lui épargner le pire. Le pire est arrivé, il faut maintenant éviter la catastrophe, le fléchissement chez cet individu qui ne se sentait déjà pas bien puisqu'il est venu consulter, mais résistait dans une certaine mesure à sa lésion pulmonaire, et qui va être littéralement effondré au sortir du cabinet. Tous ces symptômes qui l'agaçaient et commençaient même à l'inquiéter vont être rattachés entre eux par le mot tuberculose, vont prendre corps et former un ensemble qui va l'anihiler et auquel il va penser toute la journée puisqu'il est au lit maintenant.

Le drame du diagnostic, chez certains malades, c'est qu'ils s'entendent dire ce qu'ils redoutaient le plus parce qu'ils s'en faisaient une montagne. Ainsi le malade qui était venu consulter dans l'espoir insensé d'être rassuré,

reçoit la montagne sur les reins, le diagnostic répondant précisément à la crainte qu'il se cachait à lui-même. Le principal est alors de limiter l'effondrement du moral du malade dans les jours qui suivent. Et cet effondrement n'est que psychologique puisqu'il date de la minute du diagnostic et vient, pour ainsi dire, de la bouche même du médecin.

Quelle solution pratique en dégager ?

S'il faut s'élever contre les diagnostics révélés avec brutalité et pour tout dire manque de bon sens (brutalité que n'excuse pas la raison du devoir à accomplir), l'essentiel est, à notre avis, de dire et de savoir qu'on peut faire beaucoup de mal au tuberculeux dans la révélation maladroite de sa maladie ; et ceci est tellement vrai que certains malades sont encore secoués à plusieurs années de distance par la simple évocation du jour de ce diagnostic.

Ainsi on apportera une attention plus éclairée à ce moment qui constitue un véritable traumatisme dont les conséquences dépasseront de très loin la minute pénible qu'on se borne trop souvent à y voir.

PLACE DE LA PSYCHOLOGIE
DANS L'ÉTIOLOGIE DE LA TUBERCULOSE

Lorsqu'on parle d'étiologie en matière de tuberculose, on songe d'emblée et pour ainsi dire uniquement aux causes d'ordre physique (contagion, surmenage, alimentation défectueuse) et dans la moitié des cas (nous disait un ami phthisiologue) on n'en trouve pas.

Nous pensons que l'on trouverait toujours une cause si l'on s'inquiétait du domaine psychologique.

Nous allons même plus loin en disant que si l'on pensait en premier lieu aux causes d'ordre psycholo-

gique, les causes physiques que l'on trouverait ensuite apparaîtraient le plus souvent comme une extériorisation, une manifestation d'un désordre psychique fondamental qui en constituerait l'origine profonde d'autant plus redoutable que méconnue.

Le classique surmenage par exemple, qui semble essentiellement imputable à des facteurs externes, à des obligations auxquelles on n'a pu se dérober, c'est souvent l'individu lui-même qui se l'est imposé ; et ce surmenage comme la surexcitation qui l'accompagne et le provoque peuvent, en dernière analyse, apparaître comme une réaction individuelle devant un chagrin ou une déception.

De même pour la classique sous-alimentation dont il faudra bien établir, avant de la retenir comme cause, qu'elle n'était pas un genre d'anorexie mentale chez un malade ayant eu en réalité à sa disposition de quoi s'alimenter suffisamment mais n'en ayant pas pris le temps ou ne s'étant trouvé d'appétit que pour les plats qui n'étaient justement pas à table ce pour-là. A ceci nous relierons une remarque qui nous a frappé : les tuberculeux sont des gens qui ne savent pas manger (le spectacle d'une salle à manger de sana est à ce sujet hautement instructive), ils ont perdu ce bon sens du ventre qui sait choisir ce qui lui convient et du goût qui sait équilibrer admirablement un repas. Ceci se retrouve selon nous dans le fait que le grand naturaliste Paul CARTON a vu dans les erreurs alimentaires du tuberculeux la clef de sa maladie et s'est préoccupé longuement d'établir des données lui permettant de choisir par le raisonnement une alimentation équilibrée alors que c'est là un sens naturel, un instinct chez l'individu normal. Ainsi nous découvrons derrière cette alimentation irrationnelle, non pas une altération des papilles gustatives mais de l'esprit qui ne sait plus, qui ne veut plus s'en servir.

Le facteur alimentaire peut donc ne plus nous apparaître comme une cause mais comme un effet. Et ceci correspond à la réalité lorsqu'on prodigue des conseils et des prescriptions d'hygiène alimentaire que l'individu se révèle incapable d'appliquer bien qu'on lui ait dit que sa santé, sa vie en dépendait ; on aura beau lui dire : « Mangez posément en appréciant le menu que vous aurez su ordonner », il continuera à ne pas « savoir manger » parce que la cause est au delà.

Ainsi les causes physiques auxquelles on rapporte ordinairement l'éclosion et l'évolution d'une tuberculose ne sont souvent que l'extériorisation d'un désordre psychique et la maladie qui leur fait suite sa traduction sur le plan organique. C'est pourquoi nous disons du facteur psychologique qu'il faut y penser d'abord et en tenir compte toujours.

Nous donnerons maintenant quelques exemples courants de tuberculose dont l'étiologie est psychique.

*
**

TUBERCULOSE PAR RUPTURE DE L'EQUILIBRE MENTAL

(Quelques exemples d'observation courante.)

TUBERCULOSE PAR LE CHAGRIN OU LA DÉCEPTION.

C'est là une forme consacrée par les philosophes, les littérateurs, etc... On entend dire couramment : « Son chagrin a fini par l'amener à la tuberculose. »

Quel que soit l'aspect de la lésion pulmonaire, sa date d'apparition, on en fait la conséquence, la traduction de la maladie de l'âme qui l'a précédée. Quel que soit le mécanisme invoqué et le nom qu'on lui donnera (déséquilibre neuro-viscéral, balancement psycho-soma-

tique, etc...), l'essentiel est, lorsqu'on aura découvert l'image à la radio, de ne pas oublier qu'elle est liée au chagrin et que c'est lui qui en est la cause profonde, pour savoir ensuite adapter le traitement.

Deux réactions par exemple dans le chagrin : l'hyperactivité de celui qui espère ainsi oublier et le confinement de celui qui essaie de le digérer. Si ces deux individus deviennent tuberculeux, la mise au repos intégral ne constituera pas le traitement causal parce qu'on supprime au premier l'activité qui était l'exutoire au chagrin *sans s'occuper de ce chagrin*, au second on prescrit le repos alors qu'il y est depuis des mois et que la preuve est faite que cela ne lui convient pas.

Dans cet exemple il importe donc de ne pas voir dans l'hyperactivité une étiologie facile à la tuberculose mais de trouver la véritable cause ; il faut remonter jusqu'au trouble de l'âme et y remédier, sinon, on peut être sûr que, l'hyperactivité supprimée, la lésion psychique se manifestera sous une autre forme, par exemple : le ressassement du chagrin ou de la déception, à moins que le hasard ou le temps n'y apporte spontanément remède.

La mise au repos intégral constitue donc ici, chez l'hyperactif, un traitement symptomatique, chez l'autre, un illogisme, et la ligne de conduite devrait être la modération : modérer ces deux hyperréactions tout en soignant la cause qui les a fait naître ; modérer l'hyperactivité par un repos relatif et progressif, antidoter le confinement par le choix d'une activité ou d'une occupation.

TUBERCULOSE A L'ARRIVÉE AU BUT.

C'est le fléchissement de l'individu au moment où il atteint le but qu'il s'était fixé, pour lequel il a souffert, il s'est surmené, parfois longtemps, ne tombant malade qu'à l'instant, précisément, où la satisfaction devrait

éviter ce que les heures sombres n'ont pas encore donné ; fléchissement comparable à celui du sportif qui s'effondre sur la ligne d'arrivée et qui se traduit ici par l'éclosion d'une « tuberculose pulmonaire ».

Le but est en haut d'une côte dont la difficulté et la longueur ne jouent ici qu'en préparant le fléchissement. C'est l'arrivée au but qui le déclenche par la modification brutale d'un équilibre qui s'était, tant bien que mal, établi chez un sujet dont on dit vulgairement qu'il « tenait par ses nerfs ». Et il est vraisemblable que, si l'on avait reculé ce but, l'organisme aurait tenu jusqu'à là. On sait en effet à quel degré de résistance peuvent atteindre ces individus dont un exemple typique nous est fourni par les membres de certaines sectes extrême-orientales, se livrant à l'entraînement méthodique de leur « volonté », et capables de prodiges tant que le débit « d'énergie nerveuse » n'est pas modifié.

De cet aperçu rapide on peut dégager une orientation dans l'individualisation du traitement : Il faut ici remonter le « tonus nerveux » par tous les moyens, attirer l'attention, par exemple, sur un autre but qui remplacera celui qui se trouve dépassé ; mais, surtout, il faut éviter ce qui pourrait augmenter le fléchissement fatal tel que l'isolement du malade dans le but de lui supprimer à tout prix toutes responsabilités sociales qui sont peut-être le moyen de l'obliger à réagir.

On peut également tirer une conclusion prophylactique : Si c'est tout un art d'arrêter un cheval de course sur la ligne d'arrivée, de même il faudra faire preuve de doigté pour empêcher le sujet qu'on a surveillé pendant son effort, de fléchir après cet effort.

TUBERCULOSE PAR SUITE DE COMPLICATIONS SENTIMENTALES

Il y a deux faits qu'il faut rapprocher puisqu'ils dominent (au point que le malade le dira quelquefois lui-même), c'est, d'une part, la tuberculose qu'on vient

de lui découvrir, d'autre part, le fait que sa vie est rendue infernale par les incidences amoureuses, histoires de maîtresses, rupture, liaisons irrégulières, etc...

Or, quelle sera ici l'attitude habituelle du phthisiologue ?

Selon qu'il sera ou ne sera pas fait allusion à ces préoccupations, il les ignorera ou classera tout cela dans les détails annexes demandant à un malade qui s'appesantirait sur ces choses de revenir à la question de sa tuberculose : notion de contag, hérédité, antécédents, radio, etc..., fermement décidé à ne pas se laisser détourner du but : intégrer ce tuberculeux dans le cadre classique de la tuberculose.

Mais il se peut que le médecin n'en trouvant pas d'autre et le malade y revenant sans cesse, ce surmenage d'un genre spécial finisse par s'imposer comme cause principale de la maladie. Ce sera alors aux abus sexuels qu'on ramènera toute la question grâce à cette coutume (que le malade retrouvera d'ailleurs en sana) de s'hypnotiser sur l'acte sexuel, d'en faire une sorte de pivot autour duquel on établira des équations du genre de celle-ci : un rapport sexuel égale une dépense physique de 20 kilomètres à pied (le repos étant la base de la thérapeutique sanatoriale, à chacun d'en tirer les conclusions qui s'imposent).

Le problème étant ainsi faussé, on croira en déduire toutes les conclusions thérapeutiques en prescrivant la continence et en ajoutant : « Oubliez donc tout cela, pensez à autre chose et ne vous en faites pas » chez un individu qui va maintenant avoir tout le temps d'y penser et des raisons supplémentaires de s'inquiéter.

L'examen clinique devrait se doubler d'une conversation habilement dirigée susceptible de vous mettre en présence de faits surprenants en apparence et très instructifs :

— Quelquefois il était loin d'y avoir abus en matière d'actes sexuels (on se trouve pour ainsi dire devant un sujet qui parle beaucoup d'amour mais ne le fait pas).

— Généralement le surmenage entraîné par les rapports sexuels apparaît comme minime en face de celui qui est lié aux complications innombrables qui en sont nées, en face surtout du déséquilibre mental qui en résulte.

— Désordre physique qui constitue la base du dérèglement, la clef de l'étiologie véritable en face de laquelle les préoccupations de continence (entre autres) apparaissent comme secondaires et dépourvues de nuances.

— Dans de nombreux cas enfin, le sujet se trouvait dans une situation affective inextricable dont le présent accident pulmonaire constitue une solution, une échappatoire, un moyen « d'en sortir » (remarque que le malade fait parfois spontanément).

Et ces constatations sont conformes à la réalité dont on trouve un écho dans l'opinion courante (contre laquelle RISLER s'insurge lorsqu'elle voit trop facilement dans les tuberculeux des êtres lubriques, atteints de frénésie sexuelle), opinion qui provient de cette remarque qu'on fait, sans l'analyser, de la coexistence de la tuberculose et des passions amoureuses et qui correspond à ce que l'observation clinique nous révèle sur la fréquence et l'importance du facteur « sentimental » auquel se surajoute le fait qu'il est, non seulement, passé sous silence mais déformé, notamment dans les sana ; ce qui contribue à donner à ces sana une atmosphère trouble qu'il n'est pas besoin d'analyser minutieusement pour s'apercevoir que la question sexuelle y occupe une place inavouée et joue un grand rôle chez certains individus qui avaient déjà tendance à s'y complaire, au point qu'ils lui doivent leur maladie.

CONCLUSION. — Comme chaque fois que l'on cesse d'envisager la tuberculose pour s'intéresser au tuberculeux pris en particulier, la conduite à tenir sera ici également une affaire de cas d'espèce.

Au point de vue physique, nous l'avons dit, il faut éviter de dresser autour de l'acte sexuel tout un contingent d'idées gratuites et malsaines. En se souvenant que le tuberculeux est un hypotonique et de ce fait rarement un hypergénital, on se bornera à conseiller la modération à ceux que l'hyperaffectivité conduirait à dépasser leurs moyens et à ceux (plus nombreux qu'on ne le pense) qui recherchent dans les abus sexuels, non la jouissance qu'on y dit, mais la minute d'oubli et de trouble que d'autres espèrent trouver dans l'alcool.

Mais, à notre avis, c'est sur le *plan psychologique* où cette tuberculose a pris naissance que l'attention doit porter ; un fait parmi d'autres est significatif de la prépondérance du déséquilibre mental : le sujet n'a plus les réactions que suscite normalement l'instinct de conservation devant le péril de la maladie ; c'est souvent, par exemple, moins la guérison de sa tuberculose que la solution de son problème affectif qui le préoccupe.

On conçoit donc que la psychothérapie ne soit pas simplement ici une aide, mais une nécessité sans laquelle on ne pourra espérer en une guérison véritable que si le temps, les années et le hasard suppléent au médecin. Et les tuberculeux le sentent inconsciemment quand ils disent : « Le temps travaille pour nous ; le pneumo nous aide à tenir le temps qu'il faut pour que ça se tasse. »

Etrange maladie chronique que cette tuberculose où il faut le reconnaître, le temps arrange souvent les choses.

PSYCHOLOGIE ET TRAITEMENT CLASSIQUE DANS LA TUBERCULOSE (Période d'état)

INFLUENCE DE CHACUN DES ELEMENTS DU TRAITEMENT

LE REPOS.

Classiquement, le traitement de la tuberculose c'est, avant tout, le repos parce qu'on pense d'emblée à une cause physique et, d'abord, au surmenage.

Nous ne nous étendrons pas sur les bienfaits reconnus du repos qui permet de faire mener au tuberculeux une vie végétative au maximum, mais plutôt sur ses inconvénients lorsqu'il est prescrit sans souci d'individualisation.

On sait, en effet, que la découverte d'un début de tuberculose implique souvent la mise au repos totale et immédiate. Nous pensons que cette mise au repos *brutale* d'une personne en activité (et souvent en hyperactivité) constitue une perturbation du même ordre que la reprise d'activité chez un individu au repos et qu'il serait quelquefois préférable de procéder par paliers (repos progressif en dehors des cas où la tuberculose doit être traitée comme une maladie aiguë).

On sait également qu'à la période d'état, le repos constitue le fond de la thérapeutique sanatoriale où

l'on va même jusqu'à prescrire du repos *intégral* en vertu du fait que l'immobilisation plâtrée donne de bons résultats dans la tuberculose ostéo-articulaire, mais sans se préoccuper du psychisme du malade ni même de son type morphologique. Nous avons dit, dans notre exemple de tuberculose causée par le chagrin, que le repos ne devait pas être ordonné de façon systématique et cette idée a pu choquer ; c'est pourquoi nous résumerons ici une auto-observation remarquable qui corrobore notre point de vue. Il s'agit d'un étudiant en médecine, M. HAY, tellement frappé de l'opposition de sa guérison avec le dogme qu'il en a fait le sujet de sa thèse pour nous dire : J'ai été guéri par le débarquement allié de Normandie, qui m'a obligé à cesser le repos néfaste dans mon cas. Il nous raconte qu'au repos depuis fort longtemps sans aucune amélioration (et échec du pneumothorax), la guerre l'a brusquement obligé à abandonner son traitement et il précise : grandes distances à bicyclette, travaux de déblaiement, etc..., à la suite de quoi il s'est trouvé miraculeusement guéri et nous en apporte les preuves radiologiques.

Alors, il s'est demandé si son cas, tellement contraire à tout ce qu'on lui avait dit de la tuberculose, était vraiment unique et il s'est aperçu qu'il n'en était rien. De sa documentation très étendue il dégage ensuite une leçon : le type morphologique du « musculaire » a besoin de mouvement pour se bien porter, il ne faudra pas l'oublier chez le tuberculeux (une fois écoulée la période de repos initial sur laquelle tout le monde est d'accord) mais en étant alors très prudent pour abandonner le repos.

Ici nous pensons que le conseil de « grande prudence » est en contradiction avec ce qui précède, car si M. HAY avait été « très prudent » dans le sens où on l'entend habituellement en phtisiologie, il serait resté sur sa chaise longue ; car, rappelons-le, le fait de rem-

placer le traitement classique en cours par ce qui lui était diamétralement opposé, n'était admissible que parce que la guerre représentait un danger plus immédiat ; et ce n'est pas parce qu'un résultat heureux (mais déroutant pour les conceptions actuelles) a été obtenu qu'on est autorisé à ne pas dire qu'il s'agissait là d'une imprudence notoire au point de vue physiologique. C'est pourquoi nous croyons qu'il faut, pour maintenir le mot prudence dans les conclusions, préciser qu'il s'agit simplement de rester en accord avec les principes élémentaires de l'hygiène et du bon sens. Ce mot « prudence » ne risquant plus d'évoquer la routine et l'application de principes généraux non individualisés, nous nous rallions entièrement aux conclusions de M. HAY lorsqu'il prétend que le repos doit être prescrit en fonction de l'individu, de son type morphologique ; il y a des malades qui vous le disent : « Le lit ne me convient pas, je ne digère plus, je suis constipé, j'ai des idées noires, je ne dors plus, etc... ». Car les réactions sont diverses en face du repos ; c'est ainsi qu'on peut voir apparaître et se développer un trouble de l'âme qui trouvait sa compensation dans l'hyperactivité. Ce n'est pas la tuberculose qui l'a créé ni même amplifié, c'est le traitement (le repos) qui l'a démasqué par la suppression de cette vie agitée que l'on avait prise pour la cause.

LA COLLAPSOTHÉRAPIE.

On sait que le pneumothorax ou l'extrapleurale (lorsqu'ils réussissent) influencent favorablement le moral du malade, d'abord par le choc psychologique de la création, ensuite par la sédation progressive et rapide des signes fonctionnels, enfin par les insufflations qui représentent « l'acte médical contre la maladie ».

Mais certains malades perdent confiance dans ces insufflations toujours identiques, d'autres (les collabés

définitifs par thoracoplastie) craignent pour la partie de poumon sain qui leur reste. C'est pourquoi nous pensons qu'il serait utile, non seulement sur le plan physique, mais sur le plan psychologique, de les faire bénéficier plus largement de soins donnés à titre complémentaire par des spécialistes et des médecins de médecine générale parmi lesquels nous citerons les homéopathes dont on sait les grandes possibilités en matière d'individualisation du traitement, grâce à une matière médicale extrêmement riche contenant entre autres ce que nous appellerons des « remèdes de mentalité » susceptibles d'apporter un correctif non négligeable dans le psychisme du tuberculeux. Ainsi, lorsque ces insufflations tous les 15 jours ou tous les mois, auront perdu leur vertu psychothérapique au point de devenir « l'après-midi qu'on appréhende parce que l'écran peut révéler une nouvelle image », nous croyons que ces pilules, ces gouttes homéopathiques prises à heure fixe, en dehors de leurs propriétés pharmacodynamiques certaines, représentent « l'acte thérapeutique » dans l'esprit du tuberculeux et, si on a su en faire le véhicule d'une psychothérapie éclairée, elles seront le clou, le correctif que le malade s'enfoncera lui-même tous les jours dans l'esprit.

Nous concluerons en disant que la collapsothérapie, traitement efficace sur le plan mécanique, doit être et peut être complétée sur le plan psychologique en ayant plus largement recours aux spécialistes non phtisio-logues qui prescriront un traitement adjuvant dont la portée psychologique sera un auxiliaire précieux et souvent indispensable.

Psychologie et sana

Successivement la science officielle émit des théories différentes sur les climats vers lesquels il fallait envoyer les tuberculeux, mais un élément subsiste, c'est que depuis longtemps la guérison, en matière de tuberculose, est liée à l'idée d'un départ.

Que les causes de la maladie soient physiques ou affectives, plutôt que de les supprimer (ce qui exigerait d'abord de les rechercher toutes), on se dit qu'elles se trouvent autour du malade, on les envisage en bloc et c'est le malade que l'on soustrait aux causes. Et, même s'il porte en lui ces causes, s'il les emporte avec lui parce qu'elles sont d'ordre psychologique et sans rapport avec le milieu, la psychothérapie la plus courante consiste à conseiller de « changer d'air ».

Mais pour soustraire ce tuberculeux à son milieu, il faut pouvoir l'envoyer vivre ailleurs suivant des principes hygiéno-diététiques adéquats, d'où l'idée, la solution du sana dont nous envisagerons maintenant les incidences psychologiques.

*
**

INCIDENCES PSYCHOLOGIQUES DE LA CURE SANATORIALE

Le *sana* comporte en effet des incidences psychologiques qui débordent largement le cadre physique qu'évoque habituellement ce mot. C'est pourquoi nous débiterons ce chapitre par le *départ et l'arrivée en sana* et nous le terminerons en nous préoccupant des répercussions psychologiques *après* le sana.

LE DÉPART ET L'ARRIVÉE EN SANA.

Avant la cure sanatoriale proprement dite, *il y a d'abord le départ*, mais le départ *en sana*. Il y a déjà là un élément psychologique très important surajouté à l'idée classique d'un départ tout court, élément qui prend une signification différente selon les individus mais que l'on peut schématiser en disant : pour le nouveau malade c'est l'inconnu éclairé par le peu qu'il en sait et qui est sombre ; pour le tuberculeux « guéri » qui rechute, c'est la certitude de ce qui l'attend, c'est tout un passé connu qui s'impose et quelle que soit son attitude de façade (qui peut aller jusqu'à la joie de revoir les camarades), c'est la catastrophe, le naufrage avec en plus, et qu'il n'avait pas au premier départ, le doute quant au résultat qu'il en obtiendra.

Ensuite l'arrivée en sana jouant différemment pour le nouveau (le bleu) et l'ancien. *Pour le bleu*, « bien souvent une heure après son arrivée, le malade a entendu parler de pneumo, thoracoplastie, etc..., il se voit menacé de tous ces spectres qui, pour lui, n'ont aucune signification et ne peuvent que l'effrayer » (RISLER).

Pour l'ancien, c'est le pied remis dans l'engrenage dont il espérait être sorti. Il revoit des visages connus, « d'anciens » comme lui, dont certains sont demeurés en sana pendant « tout ce temps que lui-même vivait au dehors ». Certains disent que c'est là un réconfort de ne pas se trouver isolé dans le malheur. Nous sommes d'avis contraire car en matière de rechute moins on en voit plus facilement on sera tenté de ne voir qu'un accident dans la sienne propre et un accident c'est quelque chose d'anormal dont on trouve vite les facteurs responsables et que l'on pourra éviter à l'avenir avec un peu de prudence. Ainsi ce n'est pas un réconfort d'en retrouver d'autres ramenés à la même chaîne, tout au

plus est-ce une consolation et une consolation égoïste et un peu morbide.

Et puis il y a tous ces visages que l'on avait perdus de vue, qui étaient vivants dans l'imagination formant l'ensemble confus des exemples de *ceux qui en sont sortis* et qui brusquement ne sont plus qu'une image immobile dans le souvenir, lorsqu'on apprend que leur « guérison » n'a été qu'une rémission apparente de leur mal.

Bien sûr, il y a les autres dont on suppose qu'ils vivent, qu'ils agissent et dont poussé par un besoin de certitude on énumère les noms au hasard pour se raccrocher, pour croire encore et malgré tout à la thérapeutique sanatoriale. Ici encore il y a des noms à barrer.

*
**

Dans le départ et l'arrivée, avant même la cure sanatoriale proprement dite, il y a des éléments psychologiques défavorables dont il faut tenir compte en fonction de l'individu en cause, parce que le moral peut en être gravement modifié. Ces éléments il ne faut pas les méconnaître en s'en tenant à la façade, mais il ne faut pas non plus ne voir qu'eux et dire avec certains médecins : « tout mais pas le sana », il faut choisir le *moyen* terme, c'est-à-dire *y palier*.

Et cette nécessité de palier à ces inconvénients psychologiques s'impose surtout chez le nouveau malade, qui est encore malléable, non « fixé » par la maladie.

Avant le départ, il devrait être vu par un psychothérapeute, prévenu et entraîné à cette atmosphère qui l'attend (idée élargie de la précure) de façon à créer des immunités psychologiques indispensables chez cet être dont l'âme souvent chancelle et ne demande qu'à s'effondrer. Ainsi il y aurait moins à craindre, à l'arrivée

au sana, un fléchissement allant à l'encontre de cette réaction salvatrice de l'individu qui découvre ce qu'est la maladie, ce qu'est le sana et décide d'en sortir.

A l'arrivée, le premier visage, le premier contact devrait être celui du médecin qui prendrait immédiatement son malade en main ; alors que nous le voyons généralement intervenir trop tard, lorsque « les compagnons se sont déjà fait un malin plaisir d'éduquer le nouvel arrivant » (RISLER) lorsque le mal est fait.

En ce qui concerne « l'ancien, le rechutant », il faut hésiter à l'envoyer se soigner en sana ou bien poser en principe qu'il ne s'agira là que d'une cure de rééducation (alors que l'on rencontre souvent la tendance inverse hésitant à proposer le sana au nouveau malade et y envoyant facilement « l'habitué »).

*
**

LA VIE EN SANA.

Après le départ et l'arrivée, il faut examiner la vie en sana. On sait qu'elle repose sur deux principes fondamentaux : vie réglée, repos organisé ; principes théoriques et généraux qui se résument dans le mot discipline et se traduisent ici, se concrétisent par le mot règlement, mot clef du sana. Et ce mot qui contient un mélange de contrainte et de prescription unique imposée à tous nous met d'emblée sur la voie des données accessoires qui vont se greffer sur ces principes de base et être la conséquence de leur réalisation pratique et collective ; données qui ont une importance telle que lorsqu'on interroge un malade de sana, c'est d'elles qu'il parle d'abord et pour ainsi dire uniquement comme si elles s'étaient substituées aux principes de base dont elles sont issues ou les avaient recouvert au point qu'on ne les discerne plus.



La cure de repos organisé.

Le repos et l'inaction engendrent l'ennui ; la vie réglée au point où elle l'est en sana crée la monotonie. On se rend compte de ce que peut donner l'association de l'ennui et de la monotonie.

Heureusement, certains inconvénients du sana arrivent à s'antidoter entre eux. Ces sonneries à heure fixe qui disent, pendant des mois, que c'est l'heure du petit déjeuner, l'heure d'une cure de repos, la fin de cette cure, le déjeuner, une autre cure qui commence et qui finit, puis le dîner, enfin l'heure de se soucher et d'éteindre les lumières ; ces sonneries qui constituent avec ce qui s'y rattache : passage de contrôle de l'infirmière, pesée hebdomadaire, etc..., le fond de la thérapeutique sanatoriale, représentent une charpente du temps qui en comble le vide (vide qui serait, sans cela, insupportable pour un être pensant). Quant à la monotonie de cette vie minutée, les malades arrivent à la rompre en créant les immanquables faits divers de toute collectivité et en les commentant très au delà de leur importance réelle.

Néanmoins, il faudra penser à ce qu'est la vie de sana avant d'y envoyer un malade car, bien que l'homme se fasse à peu près à tout, il y a des individus chez lesquels le néant de la cure sanatoriale tuera « l'étincelle » qui entretient chez eux le goût de la vie.



L'atmosphère du sana.

« C'est l'air que l'on y respire », dit-on couramment, et c'est là une excellente définition qui traduit bien cette impression que l'on subit, cette ambiance qui vous pénètre.

Nous dirons personnellement de l'atmosphère qu'elle est la résultante psychologique de l'interréaction du cadre de vie anormal qu'est le sana avec les individus qui se trouvent contraints de s'y soumettre du fait de leur maladie. Cette atmosphère est un tout qu'il faut envisager en bloc et sans l'analyser, en ne s'attachant qu'aux faits saillants qu'il nous apporte.

Bien que le fond en soit le même, cette atmosphère varie avec les sana et dépend surtout de la façon dont on l'observe.

C'est ainsi que le visiteur est bien souvent frappé par certaines manifestations extérieures à type de chahut ou, au contraire, par le silence ou le calme étranges qui règnent dans le sana. C'est, qu'en effet, certains médecins directeurs sont partisans du « tonus » (auquel on prête la vertu de maintenir le moral) et le favorisent, d'autres sont contre ces effets de voix et ces agitations qu'ils répriment, prétendant qu'ils ne sont qu'un exutoire de façade à la vie de sana et qu'elles ne peuvent que fatiguer les tuberculeux.

En réalité, s'il est un peu surprenant d'entendre s'égosiller des sujets à qui on vient d'imposer une cure de silence et de les voir s'exténuer après une cure de repos, il est également pénible et un peu inquiétant de les voir conserver, en dehors des cures, une attitude de demi-vivants.

Et nous pensons que, s'il est légitime de se préoccuper de l'atmosphère du sana, il est vain de vouloir y remédier en s'y attaquant directement car c'est là mal poser le problème. L'atmosphère est en effet la résultante d'un ensemble et on ne peut espérer la modifier qu'en s'attachant à chacun de ses composants, autant dire à chaque paragraphe de la question « psychologie et sana ».

Pour en revenir aux manifestations dont il a été

question plus haut et que nous résumerons en disant qu'il y a le clan « des braillards, des excités » et le clan des calmes, des inhibés que ces démonstrations gênent (chacun des clans étant persuadé que c'est la bonne méthode de se soigner), nous pensons qu'en vertu du fait que chaque tuberculeux réagit en hyper suivant son terrain psychologique, sa tendance personnelle, il faudrait non pas contrecarrer cette manifestation qui n'est, après tout, que l'expression d'une formule personnelle mais la freiner : freiner les « hypertoniques » et au contraire conseiller un peu plus d'activité aux « hypo », à ceux qui prennent leur cure trop au sérieux.

L'INDIVIDU ET LE SANA.

La liberté individuelle face au règlement.

RISLER, dans sa remarquable étude, pose le problème avec ménagement : « Tous les médecins sont aujourd'hui d'accord sur les règles d'hygiène de vie qui doivent régner au sanatorium. Aussi n'est-ce pas sur ce point que nous voudrions insister mais sur l'atmosphère morale. Il est un point délicat : Le malade en sana ne doit pas avoir l'impression qu'il est en quelque sorte prisonnier. Le malade doit arriver à la conception de discipline consentie, il ne doit pas sentir la contrainte, il doit s'imposer de lui-même la discipline nécessaire à la cure... d'où l'avantage d'un sana à contingent limité. »

Eh bien, oui, il faut le dire, le malade est prisonnier. Partout le tuberculeux se heurte et se heurte douloureusement aux barrières que la maladie a élevées entre lui et son champ d'activité antérieure. Cette maladie est déjà une prison, mais cette prison a quelque chose de mal défini, d'anonyme, elle vient du sort, et puis elle vient de soi et des fautes passées, alors on l'accepte puisqu'on ne peut pas faire autrement.

Mais le sana avec son règlement de caserne, son administration, son médecin, surveillant général, est une prison, palpable, avec des murs que l'on saute quand on s'évade, prison où toute contrainte, toute entrave à la liberté, jugée inutile par le malade, prendra l'allure d'une brimade dans cet esprit excessif, d'un dictat qui le cabrera d'autant plus violemment qu'il viendra non pas de la fatalité, de la maladie, mais du sana. Quand il y aura conflit entre l'administration et le malade c'est, ici comme ailleurs, l'administration qui aura raison. On voit donc ce tuberculeux déjà si perturbé au point de vue psychologique contraint de se plier à un cadre qui ne s'adaptera pas à lui mais auquel il faudra que, lui, s'adapte.

Le sana est une solution moyenne à laquelle on demande surtout d'être collective mais, avec ses règles inflexibles, son organisation standard, ses contingences administratives nombreuses, il apparaît comme un cadre rigide qui blessera d'autant plus le tuberculeux que celui-ci s'acharnera à voir dans tout cela des misères, des entraves à sa liberté, des humiliations parfaitement évitables, gratuites et nuisibles à l'idée qu'il se fait de son cas (car chaque malade a de son cas une conception personnelle que l'on a d'ailleurs grand tort de négliger systématiquement).

Le sana est un cadre anormal même pour le tuberculeux

Cadre destiné à réaliser une hypercorrection à des tendances, à des causes que l'on retrouve fréquemment chez les tuberculeux, mais cadre de vie anormal exigeant une adaptation qui peut être perturbatrice et néfaste si elle est brutale, au point que l'idée de pré-cure pour adapter, et de post-cure pour désadapter, s'est imposée pour amener le tuberculeux au sana et le rendre ensuite à la vie avec moins de heurts (heurts dont on ne peut

prévoir les conséquences et dont on sait les dangers chez cet être instable).

RISLER nous dit de cette adaptation : « Ainsi le malade finit par s'habituer à cette vie. Il s'y habitue si bien que, quelquefois, au bout de quelques mois, c'est son état pathologique qu'il trouve normal. Il ne comprendra plus la vie du bien portant et il la méprisera même. C'est lui maintenant qui connaît le vrai sens de la vie. Au bout de quelques mois de sana le tuberculeux s'habitue à obéir à une autre volonté que la sienne. Les initiatives lui sont interdites, souvent même on lui recommande de ne pas penser aux ennuis des siens, fais ceci, fais cela. Il s'habitue à ne plus avoir de responsabilités, il se laisse vivre... à sa volonté s'en substitue une autre plus forte. »

Notre avis personnel est que le tuberculeux s'adapte à la vie de sana plus qu'il ne s'y habitue et même qu'il est pathologique de s'y habituer ; tels ces malades qui se trouvent bien en sana et qui, selon nous, posent un problème thérapeutique inquiétant, quelque favorables que puissent être leurs images radiologiques, malades sur lesquels pourrait d'ailleurs s'ouvrir tout un débat d'ordre psychologique : notons, par exemple, qu'alors que les tuberculeux souffrent généralement d'un complexe d'infériorité venant de l'handicap de leur maladie, ceux-ci adoptent l'attitude opposée : « il ne comprendra plus la vie du bien portant, il la méprisera même ». Et si on interroge méthodiquement sur leurs buts, leurs espoirs, sur ce qu'ils feront *après le sana*, on s'aperçoit qu'ils n'en ont pas. Le sana représente pour eux une norme, une formule de vie qui leur convient et leur tuberculose en quelque sorte une fin. Pour eux tout ce qui est en dehors du sana est pathologique au même titre que la maladie l'est pour l'homme normal.

En dehors de ces cas, malheureusement nombreux, qui s'habituent au sana, on peut dire que le tuberculeux

désire le fuir et s'en évade par la pensée. Il suffit pour s'en convaincre d'assister à une distribution du courrier, d'entendre les malades parler de la fin de leur séjour, de les voir revenir de permission, d'observer leurs lectures, d'être un peu le confident de leurs aspirations. Et nous retrouvons ici les exaltés bruyants dont nous avons parlé plus haut, qui veulent que le sana les entende et les rêveurs silencieux qui ne veulent pas entendre le cana : deux modes de réactions, deux façons de s'évader.

Ainsi le tuberculeux oriente ses pensées, fixe ses horizons hors du sana, il se raccroche et s'intéresse à ce qui vient de l'extérieur comme par exemple cet ancien que l'on entoure lorsqu'il revient, qu'on questionne parce qu'il représente un trait d'union avec la vie véritable, le témoin d'une réadaptation malheureuse et dont on va essayer de savoir pourquoi il a rechuté ; pour que, soi-même, quand on vivra à nouveau, on n'ait pas à revenir.

Car la norme est en dehors du sana qui ne constitue qu'un passage, une solution truquée de la vie que, seule une optique faussée, a quelquefois voulu représenter sous l'aspect d'un îlot de la société, d'une communauté comme une autre : cohérente, stable, avec son activité, sa vie intérieure intense, alors que le sana n'est qu'une communauté artificielle, un édifice factice bâti sur les aléas de la maladie, et qui s'écroulera avec elle lorsqu'elle sera vaincue.

Si on ne perd pas de vue le fait que le sana n'est, après tout, qu'un moyen de guérir le tuberculeux, c'est-à-dire de le rendre à la vie, à la société, ces réactions, ce refus du tuberculeux à s'intégrer à la communauté sanatoriale, apparaissent comme normaux et même souhaitables au point qu'il y aurait lieu de les susciter chez ces malades qui, perdant tout contact, toute notion de la réalité, poseront un problème de réadaptation à

peu près toujours voué à l'échec. Il ne faut donc pas (comme on le voit faire trop souvent) lutter contre ces réactions du tuberculeux en s'employant, par exemple, à intensifier son isolement, à créer chez lui cette idée qu'il est un être à part, en s'acharnant à lui représenter le sana comme un milieu normal, comme en tous cas *son* milieu, *son* type de vie en dehors duquel il n'y a pas d'issue à chercher ; car ce tuberculeux qui se cramponne aux bribes de vie qui lui viennent de l'extérieur, on sera très heureux de le retrouver au moment de la réadaptation.

*Conséquences psychologiques de ce cadre de vie
anormal sur l'individu.*

Le sana fait du tuberculeux un individu inadaptable.

Selon les individus, selon la durée du séjour, le sana modifie profondément le tuberculeux qui va se faire à cette existence au point de considérer comme anormale la vie du monde extérieur, d'en avoir peur et d'appréhender le jour du départ. C'est qu'en effet, chez ces malades qui sont depuis des années en sana s'est établi un équilibre entre leurs poumons, leur psychisme et le cadre sanatorial, équilibre dont ils sentent inconsciemment l'instabilité. Ils sentent qu'il sera rompu par la sortie du sana et que ce sera la rechute parce que cette ambiance à laquelle ils sont désormais habitués a ruiné en eux toute possibilité de réaction, a fait d'eux des inadaptables.

Le sana est générateur de complexes et d'idées fausses.

Partant du fait que de nombreux malades rechutent à leur sortie de sana, on a dit : « Ils rechutent parce que le sana est la véritable atmosphère qui convient au tuberculeux », et on est si bien arrivé à implanter cette idée dans les esprits que nombreux sont les méde-

cins malades qui préfèrent, une fois guéris, rester au sana comme médecin plutôt que de risquer la rechute au dehors.

Nous pensons que c'est là une interprétation inexacte ; ils rechutent parce qu'ils n'étaient pas guéris au sens où nous l'entendons et que nous préciserons plus bas, parce que le sana les a désadaptés, parce qu'il a, par des idées fausses comme celle-ci, créé en eux des complexes, une psychose de la rechute. Cette psychose devient dans certains cas un véritable réflexe conditionné comme chez un malade que nous avons connu qui rechutait régulièrement à chaque sortie du sana malgré le fait qu'il observait chez lui la même discipline rigoureuse ; et ce malade-là disait sans s'en apercevoir la cause de sa rechute : « Dès que je ne suis plus au sana, je ne me sens plus en sécurité. » Il est bien évident que cette sécurité que représente le sana en matière de tuberculose est illusoire ; c'est là un sentiment, une légende créée de toutes pièces comme beaucoup d'autres qui sont, bien sûr, psychologiquement très utiles du point de vue sanatorial pour faire accepter le sana et lui conférer, dans l'esprit des malades, des vertus supplémentaires, mais qui deviennent une sérieuse entrave lorsqu'il s'agit de réintégrer le tuberculeux dans la société.

.*.*

La réadaptation.

Nous avons vu que l'adaptation du tuberculeux au sana posait un problème, la réadaptation à la vie normale (c'est-à-dire la désadaptation au sana) va poser un problème du même ordre mais à notre avis plus délicat et plus complexe car vont fréquemment se surajouter les contingences matérielles qui s'imposent à tout individu qui veut reprendre sa place après avoir été retranché du monde pendant un certain temps.

Disons, pour employer une métaphore, que cette maison qu'il a quittée en bon état de marche, notre malade va la retrouver couverte de lierre et il va lui falloir, pour y vivre à nouveau, arracher d'abord le lierre et réparer les ruines que les ans ont accumulées, en un mot rattraper le temps perdu en sana, c'est-à-dire se surmener.

La nécessité d'une transition, d'un moyen terme entre le sana et la vie normale s'est imposée à l'entrée (pré-cure) et surtout à la sortie du sana (post-cure). Mais en post-cure comme au sana on n'envisage que l'aspect « physique » de la question (cure d'entraînement au travail, ateliers de rééducation, etc...). Et cette post-cure qui est la solution apportée au problème de la réadaptation nous apparaît dans sa conception actuelle comme insuffisante parce que le côté psychologique dont nous avons montré l'importance est entièrement confié au sort.

Il y a, bien sûr, des malades qui se réadaptent facilement, mais il y a aussi les individus « marqués par le sana » qui gardent en eux une blessure de l'âme, blessure qui sera leur handicap secret, leur facteur de rechute, ruinant à jamais toute possibilité de vivre à nouveau « comme les autres ». Et pour ceux-là, c'est sur le plan psychologique qu'il faut intervenir.

CONSEQUENCES

QUI FAUT-IL ENVOYER EN SANA ?

S'il s'agissait de traiter la tuberculose, l'envoi en sana serait systématique, mais il pose un problème du fait qu'il s'agit de soigner le tuberculeux. Nous avons vu que repos organisé et vie réglée constituaient l'*intention thérapeutique* du sana mais qu'il y avait dans sa réalisation matérielle de monstrueux inconvénients.

En face de ces inconvénients sur lesquels nous avons insisté il faut dire que le sana présente un intérêt majeur : c'est d'être un moyen d'éduquer le malade et surtout, par le souvenir qu'il en gardera, de l'incliner à s'imposer l'hygiène de vie qui lui est nécessaire. Le sana est, en effet, le seul endroit qui permette à un tuberculeux de voir et de parler librement à d'autres tuberculeux et de se faire ainsi une opinion sur la maladie, opinion basée sur la diversité des exemples qu'il a eus sous les yeux et dont il pourra, s'il est intuitif, tirer une ligne de conduite adaptée à son cas personnel.

Le médecin ne devra jamais perdre de vue que les conséquences psychologiques du sana ne sont pas anodines.

Dans chaque cas il faudra se demander si le sana est la meilleure solution sur le plan pratique et surtout, puisqu'on envisage de sortir un individu du cadre de la vie et de la société, comment on l'y fera rentrer.

IL NE FAUT PAS Y RESTER TROP LONGTEMPS.

Contrairement à une opinion répandue : « Il vaut mieux y rester trop que trop peu, la guérison sera plus sûre », nous pensons que le séjour en sana doit cesser dès que le but éducatif est dépassé, parce que le sana est un cadre de vie anormal qui porte en lui (de par la longueur de la cure, de par l'isolement, de par les complexes qu'il crée) des germes de rechute. Plus le séjour se prolongera, plus grandes seront les difficultés de réadaptation, réadaptation affective principalement.

PSYCHOTHERAPIE ET SANA

Reconnaissons que malgré l'importance des incidences psychologiques de la cure sanatoriale, il n'en est tenu compte qu'à titre accessoire et seulement lorsque

les exigences matérielles et les contingences administratives le permettent. La psychothérapie est inexistante ou pratiquée d'une façon plus qu'élémentaire, se résumant à quelques bonnes paroles d'ailleurs indispensables mais insuffisantes. Il ne viendrait, en effet, à l'idée de personne de dire qu'en sana ou envisage la tuberculose comme une maladie de l'âme. Et pourtant la *psychothérapie est nécessaire* et plus ou moins indispensable selon l'importance du trouble de l'âme.

Sous prétexte que le pneumo est une thérapeutique efficace, c'est une erreur de négliger les incidences thérapeutiques de la psychologie, erreur responsable de nombreuses rechutes:

Le phthisiologue ne peut pas être psychothérapeute.

La conception actuelle du sana ne le permet pas, du fait même des fonctions, du rôle du médecin de sana (c'est de lui que viennent les décisions administratives, les sanctions), du fait qu'il voit rarement son malade seul (il y a là une interne, une infirmière, une sténo). Il est délicat pour lui de le faire car l'esprit de sana aurait vite fait de voir dans une « conversation de type analytique » un tête à tête, une psychothérapie d'un genre spécial entre ce médecin et cette malade vivant tous deux dans la même maison. En outre, le médecin de sana est souvent lui-même un ancien malade, ceci lui permet de prêcher l'exemple, de mieux « comprendre » la maladie, etc...; mais, ancien malade, il aura encore plus cette tendance de tout le monde à faire de *sa psychologie la psychologie* et, ici, de son expérience de la tuberculose, la psychologie du tuberculeux.

D'autre part, le tuberculeux est un être compliqué, hypersensible, en équilibre instable dans tous les domaines, passant sans transition de l'« hypo à l'hyper » ; c'est un malade qui réfléchit beaucoup, qui réfléchit trop et, de ce fait, attendra le « psychothérapeute d'occa-

sion au tournant », lui posant des « colles » auxquelles celui-ci se laissera prendre. C'est ainsi que l'on voit des « psychothérapies hâtives et puériles » creuser un peu plus dans le désespoir du malade qui n'en montrera rien, et même poussé par on ne sait quel besoin morbide, reviendra pour s'entendre dire les mêmes choses néfastes.

Nécessité de la collaboration phtisiologue-psychothérapeute.

Dans ce sana où l'on dit regarder en face la maladie et les problèmes qu'elle pose mais où chacun se camoufle aux autres et souvent à lui-même, tâchant de vivre avec sa misère en se consolant par celle des autres, la collaboration d'un *psychologue s'impose* ; d'abord pour éviter les erreurs sur le plan psychologique, ensuite pour permettre par une meilleure compréhension du malade et de sa maladie d'individualiser le traitement, de savoir où en est la cure sur le plan moral, enfin pour traiter ceux qui en ont le plus besoin.

Il est, en effet, des erreurs courantes en sana comme cette réponse du « médecin directeur » à un malade désireux de changer de vie : « Si vous ne guérissez pas ici vous ne guérirez pas ailleurs. » (Il est évident que cette phrase n'est pas très heureuse en dehors du fait qu'elle contient une affirmation gratuite.) Ou bien encore cette remise à jour de l'histoire de la maladie, lors d'une rechute, pour bien montrer l'enchaînement des faits sur le plan clinique, le re-démarrage à partir de cette petite tache (qui avait d'ailleurs été signalée dans l'examen à la sortie du sana). Cet enchaînement sur le plan radiologique se traduit dans l'esprit du malade par une impression d'inexorable. C'est une épée de Damoclès qu'on suspend au-dessus de sa tête, car après son deuxième séjour en sana, il aura encore une « petite tache susceptible d'évoluer ».

On a beaucoup écrit sur la psychologie du tuberculeux mais, malgré les effets de regroupement et de schématisation autour du mot tuberculose, il ressort de cet ensemble complexe qu'il n'y a pas de mentalité particulière du tuberculeux, pas plus que l'on n'a pu établir d'influence psychique particulière au bacille de Koch. Il ne peut donc pas y avoir de psychothérapie collective comme il y a, sur le plan physique, un traitement sanatorial standard. C'est ce qui explique qu'on ne s'occupe de l'âme du malade que par ricochet, à travers le traitement physique.

C'est pourquoi il faut recourir au psychothérapeute pour traiter parmi les tuberculeux ceux qui sont avant tout des malades de l'âme, qu'il s'agisse du déséquilibre moral qui est à l'origine de leur tuberculose pulmonaire ou de celui qui a été créé par elle.

Individualisation du traitement.

Le sana constitue le traitement standard de la tuberculose, il ne peut convenir pour traiter le tuberculeux que si l'on a le souci de l'individualisation.

Cette individualisation est possible dans une certaine mesure, car les arguments contraires que l'on donne pour des raisons médicales sont des raisons administratives. La preuve en est faite par exemple lors du déménagement d'un sana ; malade ou pas, tout le monde fait ses valises et le médecin dit à ceux qui s'inquiètent de cette perturbation dans la continuité de la cure qu'il ne leur arrivera rien et, de fait, il n'arrive rien (sauf aux évolutifs ou à ceux qui sont depuis trop longtemps au sana).

Cette individualisation est réalisable sur les conseils du psychologue (éclairé par les données venant du médecin de famille), qui dira, d'abord si le sana est à conseiller, qui préparera ensuite le malade au sana puis surveillera les réactions psychologiques et dira où en

est la cure sur le plan moral. Enfin lors de la sortie et de la réadaptation, l'avis du psychologue est indispensable pour savoir si le malade ne garde pas en lui des « germes » de rechute et d'autre part pour remettre l'individu dans sa famille et non pas l'adapter coûte que coûte à une formule de vie qu'on a choisie pour lui comme étant la bonne parce qu'elle correspond aux conceptions actuelles sur le tuberculeux guéri.

PSYCHOLOGIE ET GUÉRISON

Pour le médecin, la guérison c'est schématiser la disparition des B. K. et une radio satisfaisante. Pour le malade et son entourage c'est, bien sûr, la radio, les bacilles, mais c'est surtout le fait de se sentir à nouveau « comme avant » et de pouvoir vivre. Pour le vulgaire, c'est la constatation que le sujet est remis dans la norme.

Ce sont là trois « points de vue » sur la guérison mais il est à noter qu'il est rare de les voir coïncider chez le malade, soit que le médecin dise que « ça va » alors que les autres « sentent bien que ça ne va pas », soit que le médecin dise : « Attention ! il y a toujours des bacilles » et que le malade réponde : « Ça ne fait rien, je suis remis d'aplomb, le reste suivra ».

En fait, il y aura des rechutes dans l'un et l'autre cas parce que chacune de ces conceptions en matière de guérison n'envisage qu'une face de la question : la guérison médicale, c'est la disparition des signes cliniques (entendez signes physiques).

La guérison pour le malade, c'est surtout le « sentiment » qu'il en a ; pour le vulgaire, c'est, à travers l'aspect et le comportement, une impression qui essaie de traduire en même temps l'état du physique et du moral.

Ainsi il y a une guérison physique et une guérison morale qui, d'après nous, doivent se trouver réunies

dans l'acception large du mot guérison qui doit donc se situer à la fois sur le plan somatique et sur le plan psychologique : et nous ne considérerons un tuberculeux comme guéri que s'il l'est non seulement radiologiquement et bactériologiquement mais aussi psychologiquement. Il est en effet évident qu'on ne peut parler de guérison chez un sujet qui, par exemple, garde en lui les causes psychologiques auxquelles on aura rapporté l'origine de sa maladie, même si l'on est arrivé par un pneumothorax ou une thoracoplastie, à en effacer momentanément les manifestations « cliniques ».

Surveillance du tuberculeux guéri. - Prophylaxie de la rechute.

Cette conception physique de la guérison qui rentre seule en ligne de compte au point de vue médical se traduira, après la maladie, par la surveillance du tuberculeux guéri (surveillance radiologique, bactériologique et plus rarement hématologique) qui est une attitude expectative (le médecin attendant d'avoir à constater la rechute) : alors qu'une conception plus large englobant l'élément psychologique correspondrait automatiquement non à une détection mais à une prophylaxie de la rechute veillant à maintenir l'individu dans *sa* formule et non dans *la* formule) et sachant aller au delà de l'écran de scopie, au delà de ces manifestations tuberculeuses qu'il ne faut pas attendre mais éviter. Ainsi nous pensons que le médecin verrait se dessiner cette rechute qu'il ne lit pas encore sur la graphie ou la lame du microscope mais que l'entourage prévoit déjà intuitivement.

En résumé nous pensons qu'il est nécessaire de faire intervenir l'élément psychologique d'abord pour reconnaître si le tuberculeux est vraiment guéri : et ensuite pour veiller à ce qu'il le reste et non pas simplement surveiller s'il l'est toujours.

PSYCHOLOGIE ET MÉDECINE PRÉVENTIVE

Le domaine de la médecine préventive s'étend chaque jour : on tend de plus en plus à intervenir avant les formes graves de la maladie dont on apprend à détecter non seulement les premiers symptômes mais bien les signes avant-coureurs, les causes lointaines auxquelles on s'attaquera avant même qu'il ait été question de maladie déclarée. On va jusqu'à parler de psychologie préventive. C'est là un très bel effort qui va au delà de ce qu'il était classique d'attendre de la médecine, elle ne se contente plus de guérir la maladie, elle tâche de l'éviter.

Où en est la médecine préventive en matière de tuberculose ?

Le développement actuel du dépistage systématique permet de prendre la maladie à un stade pas trop avancé mais c'est encore là non de la prévention mais de la détection en vue d'une thérapeutique précoce mais à propos de laquelle il nous paraît déplacé de parler de pneumothorax préventif.

Que ce soit l'individu détecté ou celui à qui l'on n'a rien trouvé il n'y a de véritable prévention ni pour l'un, ni pour l'autre : le premier va être envoyé en sanatorium, quant au second on s'est borné à constater qu'il n'avait, pour le moment, aucune traduction radiologique de la maladie tuberculeuse mais sans rechercher les causes

qui risquent d'amener ce sujet à se faire créer un pneumo trois mois plus tard.

Ainsi ce n'est encore là que de la médecine curative qui ne deviendra préventive que dans la mesure où, en recherchant les causes profondes qui ont amené la maladie des uns, on en tirera un enseignement pour y remédier chez les autres : tous ceux à qui « on ne trouve rien » et qui s'en vont sans un conseil, sans un avis ; c'est eux qui sont le champ d'action véritable de la prévention et pour lesquels il faut sortir du cadre classique de l'interrogatoire d'O.P.H.S. Notions de contagion, d'hérédité, d'antécédents, certes ce sont là des indications, mais quelle est la conclusion tangible, thérapeutique de cette enquête ? S'il y a quelque chose, elle servira d'introduction à l'histoire de la maladie ; s'il n'y a rien encore, la fiche constituera un témoin daté qu'on pourra ultérieurement rattacher à un épisode bacillaire caractérisé, mais on ne fait là que constater, on ne fait pas de prévention.

Il n'y a guère que sur la notion de contagion que l'on peut agir mais au prix de perturbations matérielles qui font quelquefois plus de mal que de bien. Le sujet bien nourri, bien logé, pour fuir la contagion, ira chercher ailleurs l'inconfort et l'incompréhension qui représentent un danger plus grand.

Pour arriver à une prévention véritable il faut faire intervenir la psychologie.

La prévention consiste à détecter les risques de maladie pour y palier et c'est à notre avis réalisable en ce qui concerne la diathèse tuberculeuse. La preuve en est que, très souvent, la tuberculose d'un individu ne surprend pas l'entourage qui s'y attendait : « Ça devait bien lui arriver un jour avec la vie qu'il menait » ; c'est ainsi que le vulgaire traduit le fait que la tuberculose n'est qu'une aboutissant de fautes d'hygiène nombreuses.

ou le dénouement d'un drame psychologique et c'est ce qu'il faudrait détecter et traiter si l'on veut vraiment prévenir la tuberculose et non plus seulement la dépister

Mais au point de vue pratique ceci implique des modifications dans le fonctionnement actuel de la médecine préventive : S'il est, en effet, possible de remplir des questionnaires, de faire des examens radioscopiques et des prises de sang dans une ambiance de « conseil de révision », où le sujet n'est qu'un numéro auquel on demande de développer ses petites misères devant tout le monde, en matière de prévention, c'est-à-dire de connaissance de l'individu par le médecin, il importe d'éviter, par exemple, le procédé qui consiste à voir « le malade dans l'obscurité de la salle de radio et à l'interroger dans une atmosphère dont le moins qu'on puisse dire est qu'elle n'incite pas aux confidences.

En quoi consiste le dépistage à ce stade de médecine vraiment préventive.

Il s'agit de concilier les nécessités d'une carrière avec les possibilités matérielles de l'individu et pour cela il ne faut pas au nom de la prudence donner des conseils irréalisables ou bien, au contraire, sous prétexte que la vie actuelle exige une conduite anti-physiologique, abandonner totalement l'individu à son sort.

Le sujet est encore en « bonne santé », c'est le moment de lui donner un conseil, d'attirer son attention sur une grosse faute d'hygiène, de lui apporter les apaisements psychologiques afin de lui permettre de continuer à user de sa santé sans que la corde casse.

Un exemple de ce qui résulterait de la médecine préventive que nous souhaitons : il s'agit d'un anxieux, d'un tourmenté qui dort mal, mange mal ou pas du tout et fait des études en habitant la banlieue ; ceci sur un terrain tuberculinique, il est à peu près certain qu'il est

destiné au sana. C'est donc maintenant qu'il faut agir (on remarquera qu'aucune des caractéristiques de la vie du sujet n'aurait sa place sur une fiche d'O.P.H.S. et pourtant le cas est simple, courant, facile à détecter).

Le traitement serait le suivant : 1° Apaisement psychologique ; 2° le conseil qui va sauver le sujet : il faut déjeuner près de la Faculté et non pas rentrer à midi en banlieue, sans cela vous tomberez tuberculeux.

CONCLUSIONS

Nous avons envisagé quelques-uns des nombreux rapports de la psychologie et de la tuberculose. Etant donné l'importance du facteur psychologique dans la genèse et l'évolution de la tuberculose, il est logique d'y faire appel dans la thérapeutique.

La thérapeutique antituberculeuse doit faire appel à la psychologie.

En premier lieu, pour éviter les erreurs qui entretiennent, aggravent ou même créent un déséquilibre mental vouant finalement à l'échec tous les efforts thérapeutiques tentés sur le plan somatique.

Ensuite pour individualiser le traitement (cette individualisation s'impose jusque dans la prescription pourtant classique du repos qui ne jouera que par sa qualité et dont nous avons vu qu'il pouvait même être nocif).

La thérapeutique antituberculeuse doit faire appel à la psychologie.

Il faut également tenir compte de la psychologie à propos de tous les problèmes que pose le sana : par exemple, lorsqu'on se demande si celui-ci est indiqué pour tel malade, il ne faut pas faire dépendre uniquement son opinion de l'examen du dossier clinique et radiologique et ne faire venir l'intéressé qu'à titre accessoire, pour lui faire part de la décision prise. Ensuite pendant la cure sanatoriale, la surveillance psycholo-

gique s'imposera au même titre que la surveillance radiologique.

La psychologie doit donc intervenir pour une large part dans le traitement de la tuberculose, de même que dans la prophylaxie : prophylaxie de la tuberculose confirmée ou prophylaxie de la rechute.

La thérapeutique antituberculeuse peut faire appel à la psychologie.

La psychothérapie moderne a fait de suffisants progrès pour constituer une arme efficace entre les mains de spécialistes. On y recourt trop rarement dans le domaine de la tuberculose qui en est pourtant justiciable car il importe de traiter à la fois « le physique et le moral » dans la mesure où ils sont perturbés.

Nécessité de la collaboration du phtisiologue et du psychothérapeute.

Pour traiter la tuberculose pulmonaire de l'adulte, traduction au niveau du poumon d'un déséquilibre général et profond, il faut faire appel à des spécialistes capables de lutter contre ce déséquilibre et en particulier demander au psychothérapeute de contribuer à ce vaste effort, et dans le sens somato-psychique et dans le sens psycho-somatique. Le phtisiologue et le psychothérapeute voyant le malade selon des optiques différentes, la sage confrontation de leurs avis doit permettre à la thérapeutique un maximum d'efficacité.

Vu, le Doyen ; Vu, le Président de Thèse :
BINET JOANNON

Vu et Permis d'Imprimer,
Le Recteur de l'Académie de Paris :
SARRAILH

BIBLIOGRAPHIE

ALLENDY. — L'état psychique chez les tuberculeux. (*L'Homéopathie Moderne*, 15 nov. 1932.)

ARCHAIMBAULT (Jacques). — Essai clinique sur les rapports de la tuberculose et des maladies mentales. (*Thèse*, Paris, 1937.)

BARIÉTY. — Phtisiologie du médecin praticien.

BOURGEOIS (Pierre). — Psychologie du tuberculeux. (*Semaine des Hôpitaux*, n° 46, 1947.)

BRENUGAT. — Tuberculose et psychopathies. (*Thèse*, Paris, 1939.)

CARTON (Paul). — L'apprentissage de la santé.

— La tuberculose par arthritisme.

— Les clefs du diagnostic de l'individualité.

COUZIGOU (Yves). — La tuberculose maladie héréditaire et dégénérative.

DUMAREST. — La vie hygiénique du tuberculeux.

FREUD. — Introduction à la psychanalyse.

GIRARD (J.). — La psychologie des tuberculeux. (*Semaine des Hôpitaux*, n° 9, 1947.)

HAY. — Tuberculose pulmonaire et activité physique. (*Thèse*, Paris, 1947.)

JUNG. — L'homme à la découverte de son âme. (Traduction de Cahen SALABELLE.)

LECHEVALIER. — Tuberculeux stabilisés. Réadaptation. (*Thèse*, Paris, 1945.)

LUMIÈRE (Auguste). — La tuberculose.

RISLER. — Essais sur les rapports du moral et de la tuberculose pulmonaire. (*Thèse*, Paris, 1938.)

RIOT. — La tuberculose.

RONCE. — Essais sur la psychologie des tuberculeux pulmonaires.

STERN. — Le psychisme des tuberculeux. (Revue *Psyché*, Paris.)

